

ÉCOLE NATIONALE VÉTÉRINAIRE D'ALFORT

Année 1933

N° 56

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT VÉTÉRINAIRE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris en 1933

PAR

THEUREAU Jean-Lucien

Né le 16 Mars 1906, au CREUSOT (Saône-et-Loire)

**De la Hernie Inguinale Droite
chez le Cheval Adulte**

JURY

Président : M. PIERRE DUVAL, Professeur à la Faculté de Médecine.

Assesseurs : M. COQUOT.

M. BRESSOU.

} Professeurs à l'Ecole Nationale Vétéri-
naire d'Alfort.

PARIS

VIGOT FRERES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1933

**DE LA HERNIE INGUINALE DROITE
CHEZ LE CHEVAL ADULTE**

ÉCOLE NATIONALE VÉTÉRINAIRE D'ALFORT

Année 1933

N° 56

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT VÉTÉRINAIRE

(DIPLOME D'ÉTAT)

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris en 1933

PAR

THEUREAU Jean-Lucien

Né le 16 Mars 1906, au CREUSOT (Saône-et-Loire)

De la Hernie Inguinale Droite
chez le Cheval Adulte

JURY

Président : M. PIERRE DUVAL, Professeur à la Faculté de Médecine.

Assesseurs : M. COQUOT.

M. BRESSOU.

} Professeurs à l'Ecole Nationale Vétérinaire d'Alfort.

PARIS

VIGOT FRERES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1933

PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'ÉCOLE VÉTÉRINAIRE D'ALFORT

Directeurs honoraires : MM. P.-J. CADIOT et H. VALLÉE

Directeur : M. E. NICOLAS

Professeurs honoraires : MM. G. BARRIER, Inspecteur général honoraire des Ecoles Vétérinaires, P.-J. CADIOT, H. VALLÉE.

PROFESSEURS ET CHARGÉS DE COURS

	MM.
Anatomie descriptive des animaux domestiques.....	BRESSOU.
Physiologie, thérapeutique générale.....	MAIGNON.
Physique et Chimie médicales, toxicologie, pharmacie.	NICOLAS.
Parasitologie et maladies parasitaires, clinique ; Zoologie	HENRY.
Pathologie médicale des équidés et des carnassiers, clinique ; sémiologie et propédeutique, jurisprudence	ROBIN.
Pathologie chirurgicale des équidés et des carnassiers, clinique ; anatomie chirurgicale, médecine opératoire et ferrure.....	COQUOT.
Pathologie bovine, ovine, caprine, porcine et aviaire, clinique ; médecine opératoire, obstétrique.....	LESBOUYRIES.
Pathologie générale et microbiologie, maladies microbiennes et police sanitaire, clinique.....	PANISSET.
Histologie et embryologie, anatomie pathologique ; autopsies	PETIT.
Zootéchnie et économie rurale.....	DECHAMBRE
Agronomie, botanique et hygiène ; matière médicale..	DECHAMBRE et HENRY.
Industrie et contrôle des produits d'origine animale...	VERGE.

Professeur agrégé : M. LESBOUYRIES

Chef de travaux agrégé : M. SIMONNET

Chefs de travaux :

MM. MONVOISIN, MOUSSU (R.), GORET, VALADE, BRION, BERTHELON.

La Faculté de Médecine et l'Ecole Vétérinaire déclarent que les opinions émises dans les dissertations qui leur sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elles n'entendent leur donner ni approbation, ni improbation.



A MES PARENTS

Témoignage d'affection et de profonde
reconnaissance.

A MES SŒURS

A MES BEAUX-FRÈRES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DUVAL

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la Présidence de notre thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COQUOT

Témoignage de gratitude pour la bienveillance qu'il eut toujours pour nous.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BRESSOU

Hommage respectueux.

A TOUS MES MAÎTRES
DE L'ECOLE NATIONALE VÉTÉRINAIRE D'ALFORT



Digitized by the Internet Archive
in 2026

DE LA HERNIE INGUINALE DROITE CHEZ LE CHEVAL ADULTE

Les hernies en général, et la hernie inguinale en particulier, sont parmi les affections les plus anciennement connues et les mieux étudiées de la médecine vétérinaire. Des descriptions vraiment remarquables ont été faites par nos Maîtres d'hier et d'aujourd'hui : BOULEY, CADIOT, CADÉAC et d'autres encore.

Il semblerait donc qu'il doit être au moins superflu, peut-être prétentieux, de revenir sur cette question. En effet, s'il s'agissait de la maladie classique, rien de nouveau, probablement, ne pourrait être dit ou signalé. Par contre, l'exception présente toujours un intérêt, aussi bien au point de vue scientifique qu'en pratique courante.

Si nous nous plaçons sur le terrain utilitaire, on pourrait nous faire remarquer que la hernie ne doit plus intéresser le praticien. C'était la maladie du cheval de roulage, des attelages de camionneurs. Et comme ceux-ci ne sont plus qu'un souvenir, la maladie a disparu par voie de conséquence. Cette constatation est partiellement exacte, et d'autant plus que, même pour les travaux agricoles, de nombreux efforts sont évités à nos chevaux par l'utilisation des machines et surtout du tracteur.

Mais, qu'on ne s'y trompe pas cependant. Si la médecine vétérinaire s'est transformée parallèlement

à l'évolution économique, les maladies des animaux ne sont pas disparues fatalement pour cela. La hernie n'a plus, comme dans le passé, une fréquence que nous pourrions qualifier d'anormale. Mais elle existe toujours et on en voit encore quelques cas.

Dans ces circonstances, il va sans dire qu'une erreur serait aussi préjudiciable qu'impardonnable.

D'ailleurs, il n'entre pas dans nos intentions de faire, dans cette étude, de longs développements sur la hernie inguinale classique. Nous nous occuperons, au contraire, d'une forme rare de la maladie : la hernie inguinale à droite.

Beaucoup moins fréquente que la hernie gauche, elle risque, de ce fait, de passer inaperçue. Comme toujours, ce n'est pas le cas courant qui embarrasse le praticien ou risque de l'induire en erreur ; c'est le cas exceptionnel. C'est donc celui-là qu'il faut bien connaître ; c'est lui qu'il faut signaler lorsque l'occasion se présente.

Tout récemment, nous avons observé un exemple de cette hernie inguinale droite. Nous ne l'avons pas diagnostiquée immédiatement, comme nous l'aurions fait si l'accident s'était présenté à gauche, suivant la règle. D'autre part, nous avons noté quelques particularités symptomatologiques pendant la vie de l'animal, et enfin, l'autopsie nous a permis quelques remarques d'un certain intérêt.

Notre curiosité ayant été mise en éveil par cette « leçon clinique », nous avons cherché quelques renseignements complémentaires dans nos traités classiques. A notre grande surprise, leur enseignement est pres-

que muet sur cette question. Nous avons alors feuilleté nos journaux professionnels parus depuis une cinquantaine d'années. Un tout petit nombre d'auteurs ont rapporté des cas plus ou moins semblables à celui que nous avons observé.

C'est ainsi que nous avons songé à faire de ce dernier le sujet de notre thèse.

Dans cette étude, nous n'oublierons pas les auteurs du passé. Le silence de notre part serait aussi illégitime au point de vue moral qu'au point de vue scientifique, car l'analyse des autres cas publiés est absolument indispensable pour compléter la seule observation que nous avons pu faire.

I. — Définitions

La hernie inguinale est constituée par la pénétration, dans l'orifice de la gaine vaginale, de viscères abdominaux, intestin ou épiploon. L'entérocele, seule, retiendra notre attention.

« Situé de chaque côté de la ligne médiane, dans la région de l'aîne, le trajet inguinal est un simple interstice musculo-aponévrotique disposé en infundibulum, plus large en bas qu'en haut, dirigé obliquement en arrière, en bas et en dedans. Il offre à considérer deux parois et deux orifices. Sa paroi antérieure est formée par le muscle petit oblique de l'abdomen; la postérieure, par l'arcade crurale. Son orifice inférieur ou externe — l'anneau inguinal inférieur — est large et de forme ovale; son orifice supérieur ou péritonéal — l'anneau inguinal supérieur — n'est qu'une simple fente disposée obliquement un peu en avant du bord antérieur du pubis; ses commissures sont mal délimitées; sa lèvre antérieure, interne ou musculaire, est formée par le petit oblique, la postérieure, externe ou aponévrotique, par l'arcade crurale. En raison de sa constitution anatomique, cet orifice peut varier de dimensions suivant l'état de contraction ou de relâchement du petit oblique » (CADIOT et ALMY).

Chez les mâles, la hernie inguinale se présente surtout chez le cheval entier, et plus rarement chez les hongres. Elle peut être unilatérale ou bilatérale, et on distingue une hernie inguinale aiguë ou étranglée, et une hernie inguinale chronique.

Les hernies extra-vaginales, caractérisées par le passage de l'intestin dans le scrotum en dehors de la gaine vaginale, n'entrent pas dans le cadre de notre étude. De même, nous laisserons de côté les hernies du poulain, dont l'étiologie est très spéciale, et l'évolution généralement différente de la hernie du cheval adulte.

II. — Historique

L'étude historique de la hernie inguinale du cheval a été faite maintes fois et nous nous contenterons de signaler les noms des principaux auteurs dont les travaux ont fait autorité à diverses époques. Dans le passé, nous trouvons d'abord le *Traité des hernies inguinales* de GIRARD (1827) et l'article que HURTREL D'ARBOVAL consacre à cette question. Plus tard, nous devons signaler un chapitre du *Traité de pathologie* de LAFOSSE (1867) et l'article du Dictionnaire de ZUNDEL. Et nous arrivons à l'étude remarquable de Henri BOULEY, parue en 1871. Enfin, à l'époque moderne, nous citerons les travaux du professeur CADIOT (1895-1924) et du professeur CADÉAC (1910).

Nous avons surtout recherché ce que les différents auteurs pensent de la hernie inguinale droite.

Sachant que, de l'avis de tous, professeurs et praticiens, celle-ci est considérée comme beaucoup plus rare que la hernie gauche, nous n'avons pas été peu surpris de trouver le passage suivant sous la plume de HURTREL D'ARBOVAL: « L'entérocele se manifeste rarement des deux côtés en même temps et elle s'établit le plus souvent du côté droit, sans que l'on puisse donner la véritable cause de cette particularité ».

S'agit-il d'une erreur ? Nous pensons plutôt à une faute d'impression.

Quoi qu'il en soit, tous les auteurs sont d'un avis contraire, comme nous allons le montrer.

Henri BOULEY ne laisse aucun doute: « Nous répétons ici ce que nous avons déjà dit, que les hernies inguinales ont presque toujours leur siège du côté gauche, — ce qui s'explique, du reste, par la situation de l'intestin grêle, — et que c'est presque toujours aussi cet intestin qui les constitue, le côlon flottant, dont les circonvolutions sont mêlées à celles de l'intestin grêle, présentant une trop grande rigidité de parois pour s'engager aussi facilement que celui-ci dans l'orifice supérieur de la gaine vaginale. C'est donc du côté gauche plus particulièrement qu'il faut procéder à l'exploration, quand se manifestent des coliques qui doivent toujours faire naître dans l'esprit la présomption qu'une hernie peut en être la cause ».

Un peu plus tard, ZUNDEL se range à l'opinion émise par le Maître: « Chez le cheval, la hernie inguinale est dans la grande majorité des cas occasionnée par l'intestin grêle, et c'est ce qui explique pourquoi... elle est plus fréquente du côté gauche, tandis que chez l'homme, on constate une plus grande fréquence à droite ».

Enfin, si CADÉAC ne donne que de brèves indications, CADIOT et ALMY, au contraire, sont très affirmatifs: « Presque toujours unilatérale et rencontrée le plus souvent à gauche, en raison de la situation de l'intestin grêle... La fréquence plus grande de la her-

nie gauche s'explique par la présence, dans le flanc gauche, des anses de l'intestin grêle, l'organe habituellement rencontré dans la hernie inguinale ». Enfin, pour en terminer avec cette revue, nous dirons qu'un certain nombre de praticiens ont relaté quelques observations de hernies inguinales droites. Nous les résumerons au chapitre Observations cliniques, et leur analyse nous permettra de compléter nos constatations personnelles.

III. — Généralités sur la hernie inguinale

A. — ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Les causes de la hernie inguinale, de même que leur mode d'action, ont été l'objet de nombreux travaux et, aujourd'hui, nos connaissances sont relativement précises sur cette question.

Les différents auteurs s'accordent pour distinguer des causes favorisantes et des causes occasionnelles.

Parmi les premières, « l'ampleur anormale de l'anneau inguinal supérieur et du goulot qui lui succède constitue le fait capital qui domine toute l'étiologie de ces hernies.

« Cette disposition anatomique défectueuse n'est pas fatalement suivie de hernie; elle constitue une sorte de piège dans lequel l'épiploon et l'intestin ne viennent pas fatalement se faire prendre. » (CADÉAC.)

Dans le même ordre d'idées, nous citerons également la vieillesse, le surmenage, les chaleurs de l'été qui se traduisent par un relâchement de la musculature pariétale et, de ce fait, jouent un rôle qui n'est pas négligeable.

De même, le sexe de l'animal a une importance réelle. Tous les auteurs reconnaissent que la hernie

est beaucoup plus fréquente chez le cheval entier que chez le cheval hongre. Pour expliquer cette particularité, certains ont prétendu que le poids du testicule, agissant par l'intermédiaire du cordon sur la lèvre antérieure de l'anneau inguinal supérieur, produit l'élargissement de cette ouverture. Pour d'autres, ce sont les mouvements de va-et-vient de la glande et de son cordon, réels en tout temps, et fréquents dans certaines coliques, qui entraîneraient l'intestin dans le trajet inguinal. Il est possible que ces deux hypothèses aient une part de vérité; cependant, la première a contre elle le fait que la hernie n'est pas plus fréquente chez les sujets dont les testicules ont un poids anormal, qu'il s'agisse de tumeurs, d'orchite, etc...

Les causes déterminantes se résument dans l'effort musculaire. « Durant celui-ci, les muscles abdominaux contractés compriment les organes abdominaux qui tendent à fuir par tous les points faibles. La hernie survient très généralement pendant le travail, la ruade, le cabrer, la saillie, ou au moment d'une glissade, d'un chute avec abduction ou extension forcée des membres postérieurs, ou encore chez les animaux assujettis soit en position décubitable, soit dans le « travail », l'un des membres postérieurs fixé à la barre transversale. Exceptionnellement, elle peut se produire à l'écurie sous l'action de l'effort qu'exige le relever. L'introduction de l'intestin dans la gaine vaginale est vraisemblablement favorisée durant les efforts, par la tension de la lèvre antérieure de l'anneau inguinal, effet de la contraction du muscle petit oblique. Quoi qu'il en puisse être, deux facteurs inter-

viennent le plus souvent: d'une part, une forte pression des organes abdominaux, effet de la contraction des muscles de la paroi du ventre; d'autre part, une modification dans la disposition des lèvres de l'anneau inguinal supérieur ou un certain élargissement de celui-ci. » (CADIOT et ALMY.)

L'évolution de la hernie inguinale peut comporter des complications et nous devons dire quelques mots de leur pathogénie.

Dans l'engouement, il se produit une accumulation de matières et de gaz dans l'anse herniée. Il en résulte, d'une part, l'obstruction, d'autre part, l'impossibilité de la réduction.

La péritonite herniaire est surtout fréquente lors d'épiplocèles et provient de traumatismes variés. Elle peut être adhésive, exsudative ou suppurée. A l'état chronique, on note la présence d'adhérences.

La complication la plus fréquente et aussi la plus grave est l'étranglement herniaire. Celui-ci est caractérisé par une constriction de l'intestin, arrêtant non seulement le cours des matières, mais encore la circulation sanguine et aboutissant ainsi à la gangrène de la paroi intestinale.

On a longtemps discuté sur le siège de cet étranglement. Pour les anciens auteurs, l'intestin était enserré par les bords de l'anneau inguinal supérieur. Les expériences de BOULEY, confirmées ensuite par de nombreuses constatations nécropsiques, ont prouvé de façon indiscutable que l'intestin hernié est étranglé par le collet de la gaine vaginale.

Dans l'évolution de cet accident, les désordres organiques que nous venons de signaler sont complétés et

aggravés par des interventions microbiennes. Chez l'homme, les recherches de NEPVEU, de CLADO, de BONNECKEN ont décelé la présence de colibacilles, de streptocoques et de plusieurs autres variétés de microcoques ou de bacilles. Chez les animaux, on a rencontré également le colibacille et diverses autres espèces microbiennes.

B. — SYMPTÔMES. ÉVOLUTION.

Les symptômes de la hernie inguinale aiguë sont locaux ou fonctionnels.

Symptômes fonctionnels. — Ce sont les plus bruyants, mais aussi les moins significatifs. Ils se résument aux manifestations habituelles des coliques. Leur début est brusque; si l'animal est à l'écurie, il cesse de manger, s'il est au travail, il s'arrête et cherche à se coucher. Dans tous les cas, il s'agite, trépigne, semble inquiet. Ces douleurs abdominales deviennent vite continuelles et vont en s'exagérant progressivement.

L'examen des grandes fonctions révèle des modifications importantes. Au début, la muqueuse oculaire est normale; ensuite elle est de plus en plus injectée. De même, dans la phase initiale, le pouls est faiblement accéléré, mais devient de plus en plus rapide, dur, puis filant, à peine perceptible. La respiration est modifiée très tôt: elle est accélérée, et les naseaux sont dilatés au maximum, de façon plus marquée que ne comporte le rythme du flanc, tout au moins au début.

L'exploration de l'abdomen révèle des troubles intenses mais sans signification bien précise. L'appétit est nul, la défécation arrêtée, le rein insensible au pincement. La palpation des flancs, au début, permet seulement de constater la contraction des muscles abdominaux. Plus tard, il peut y avoir du ballonnement, mais généralement d'intensité moyenne. L'auscultation montre l'absence de tout borborygme. Quant à l'interrogation du clavier équin du docteur J. ROGER, elle ne nous a rien donné.

Les attitudes prises par le malade n'ont rien de pathognomonique: l'animal peut « encenser », retrousser la lèvre supérieure, se rouler, se mettre sur le dos ou en chien assis comme dans tout autre cas de coliques. Par contre, certains sujets en marche ou couchés manifesteraient la douleur locale en portant en abduction le membre correspondant à la hernie. D'autres indiquent nettement la direction de la région atteinte en dirigeant le nez vers le flanc gauche ou vers le grasset.

Symptômes locaux. — Ceux-ci, appréciables dans la région testiculaire intéressée, ne peuvent pas être découverts, à l'extérieur, pendant la phase initiale. A ce moment, le testicule peut être remonté vers l'anneau inguinal inférieur, mais ceci se produit également dans d'autres cas de coliques. Lorsque l'intestin a pénétré dans la gaine vaginale, on note l'épaississement et la dureté du cordon; cette augmentation de volume devient rapidement plus appréciable du fait de la congestion et de l'exsudation. La pression du cordon tuméfié est peu douloureuse. Lorsque la hernie a envahi

le sac scrotal, on trouve une tuméfaction volumineuse, molle et élastique dans les parties inférieures, plus rénitente dans la direction du canal.

L'exploration rectale fournit des renseignements d'une grande importance. « A l'état normal, la main introduite dans le rectum perçoit nettement, de chaque côté de la ligne médiane, une ouverture étroite dans laquelle on peut engager un ou deux doigts: c'est l'orifice supérieur du trajet inguinal. Lors de hernie, on perçoit, outre le cordon testiculaire, les portions de l'intestin en continuité avec l'anse ectopiée. » (CADIOT et ALMY.)

L'évolution de la hernie inguinale étranglée est caractérisée par l'absence de rémittence et l'aggravation progressive. Les coliques, en somme banales et modérément inquiétantes du début, se manifestent de plus en plus violemment et de façon impressionnante. Tous les gestes, toutes les attitudes, le faciès de l'animal, traduisent avec éloquence l'intensité des douleurs. Le sujet n'a pas une minute de tranquillité et recherche sans succès une position qui pourrait lui apporter quelque soulagement. La dyspnée est grande, les nauxes dilatés à l'extrême; le pouls est rapide, difficilement perceptible. Toute la surface du corps se couvre de sueurs. Puis, brusquement, au bout de 12, 15, 20 heures, le calme succède à l'agitation et les douleurs paraissent s'évanouir. C'est le calme trompeur, annonciateur d'une fin prochaine. L'animal a cessé de souffrir parce que l'anse étranglée et ses terminaisons nerveuses, frappées de gangrène, sont devenues insensibles. A partir de ce moment, l'intoxication générale

s'exagère: le pouls est imperceptible, la muqueuse oculaire est rouge terne, la pupille dilatée, le corps recouvert de sueurs froides. Bientôt l'animal chancelle, puis tombe et meurt.

C. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans la grande majorité des cas, l'organe hernié est représenté par l'intestin grêle. Parfois on a signalé l'épiploon ou plus rarement encore, le côlon flottant.

Le tube digestif n'est vraiment altéré que dans la hernie aiguë, lorsqu'il y a étranglement. Ces lésions ont été très bien décrites par le professeur CADÉAC.

« La séreuse péritonéale du sac est congestionnée, noirâtre, sillonnée de vaisseaux; on peut quelquefois y constater des adhérences inflammatoires qui soudent l'intestin au sac ou celui-ci aux tissus environnants.

« L'étendue de l'intestin qui subit les effets de l'étranglement est ordinairement peu considérable; les hernies énormes s'étranglent rarement. On ne rencontre guère qu'une anse intestinale dans le sac herniaire quand il y a eu étranglement.

« La portion serrée présente un sillon, quelquefois un cercle grisâtre dû à une exsudation séreuse. C'est à ce niveau que les lésions sont le plus accentuées. Les parois intestinales se perforent de dedans en dehors pendant que la péritonite locale, en créant des adhérences, tend à conjurer les effets de la nécrose et de la perforation intestinale. La péritonite locale adhésive préserve de la péritonite généralisée. Il en est

ainsi chez les ruminants, le porc et quelquefois le chien. Il en est tout autrement chez les solipèdes qui ne peuvent résister longtemps aux effets de la constriction. Chez ces animaux, les lésions de la partie serrée sont congestives, hémorragiques, exsudatives; elles peuvent confiner à la gangrène; elles ne l'atteignent pas.

« Les lésions du corps de l'anse consistent d'abord dans une vascularisation intense, dans une teinte rouge vineux, dans un œdème et un épaissement des parois; l'anse se remplit de liquide, de gaz, il s'y produit de l'entérite, de la péritonite adhésive et avec épanchement, pendant que la gangrène envahit le sillon de l'étranglement. A une phase plus avancée, les taches ecchymotiques apparaissent et se multiplient, le revêtement péritonéal se couvre d'exsudats, des adhérences se constituent. Ces lésions se produisent d'autant plus vite que la hernie a été l'objet de tentatives plus prolongées de réduction manuelle.

« Lésions éloignées. Le bord supérieur de l'intestin est parfois très congestionné, rempli de liquide et de gaz, le bord inférieur, vide, affaissé; le sillon d'étranglement peut persister; il se produit quelquefois une péritonite abdominale ou même une infection générale de l'organisme avec congestion pulmonaire et broncho-pneumonie. » (CADÉAC.)

D. — PRONOSTIC. DIAGNOSTIC

Le pronostic de la hernie aiguë étranglée est des plus sévères et, en dehors d'une intervention précoce, la terminaison fatale est de règle.

Le diagnostic, facile à la période d'état, est infiniment plus délicat au début. A ce moment, seule l'exploration rectale peut donner une certitude au praticien.

Lorsque l'intestin est largement engagé dans la gaine vaginale, la vue parfois et la palpation dans tous les cas, permettent de noter les modifications régionales. Aussi, faut-il suivre toujours la règle formulée par H. BOULEY: « toutes les fois qu'un cheval, et un cheval entier surtout, est affecté de coliques, il est indiqué de procéder immédiatement à l'examen des régions scrotale et inguinale, pour s'assurer si elles ne présentent rien d'anormal ».

Dans certains cas, une confusion serait possible avec l'orchite, l'hématocèle, l'hydrocèle. Si la palpation est insuffisante à donner une certitude, il suffira de faire l'exploration interne par voie rectale pour faire le diagnostic différentiel.

4. — TRAITEMENT

Les remarques que nous devons présenter n'ayant aucun rapport avec la thérapeutique de l'affection, nous nous contenterons d'exposer les différents traitements utilisés.

D'abord, on ne peut guère parler de la prophylaxie de la hernie chez le cheval. En règle générale, lorsqu'un animal fait un effort, ce n'est pas par suite de mauvais traitements, mais parce que son service l'exige. Notons seulement que l'emploi des machines et

surtout des camions et tracteurs, destinés aux travaux les plus pénibles, a fait diminuer considérablement le nombre des hernies inguinales.

Différents procédés peuvent être utilisés comme traitements curatifs.

La douche froide appliquée sur la région scrotale, d'ailleurs préconisée comme temps préparatoire de la kélotomie, a permis à différents praticiens d'obtenir la réduction spontanée de la hernie. Nous n'avons pas expérimenté cette méthode; malgré cela, il nous paraît qu'elle doit être impuissante lors d'un véritable étranglement.

Deux autres interventions non sanglantes peuvent être utilisées, surtout lorsque l'affection est récente: le taxis médiat scrotal et le taxis médiat rectal. Dans les deux cas, il comprend l'ensemble des manipulations qui ont pour but de faire réintégrer à l'intestin son domicile abdominal (CADÉAC).

Le taxis scrotal doit être pratiqué, de préférence, sur l'animal entravé en position décubitable, et préalablement anesthésié. L'opération consiste alors dans un massage sans violence et prolongé de la tumeur scrotale, destiné à chasser les liquides et les gaz accumulés dans la hernie. L'action des mains porte ensuite sur le pédicule et tend à refouler l'anse intestinale dans l'abdomen.

Dans le taxis par voie interne, l'animal étant debout ou couché, à l'aide d'une main engagée dans le rectum et dirigée vers l'anneau inguinal supérieur on opère des tractions modérées sur l'anse herniée.

Il est possible d'associer le taxis scrotal et le taxis par voie rectale.

Ces procédés, assez séduisants *à priori*, donnent assez rarement de bons résultats en pratique et, d'une façon générale, il vaut mieux recourir aux méthodes sanglantes.

La plus simple de celles-ci est le taxis immédiat : massage direct de l'anse herniée après incision des enveloppes. En réalité, elle n'est guère utilisée et, presque toujours, on pratique la kélotomie.

Pour cette opération, l'animal est couché sur le côté opposé à la hernie, le membre postérieur superficiel porté en abduction. L'anesthésie est toujours indiquée, et l'antisepsie régionale obligatoire. La technique comporte plusieurs temps qui ont été très bien décrits par CADIOT.

« Premier temps : Incision des enveloppes superficielles et énucléation. Effectuez cette incision et l'énucléation comme dans l'opération de la castration à testicules et à cordons ouverts.

« Deuxième temps : Incision de la gaine vaginale. Avec la pointe du bistouri convexe, faites une étroite incision sur les couches profondes des bourses, vers l'extrémité postérieure du testicule; engagez dans cette incision et parallèlement au bord inférieur de la glande la sonde cannelée, dont la rainure sera tournée vers les enveloppes : divisez celles-ci de dedans en dehors en glissant le bistouri sur la sonde.

« Troisième temps : Débridement du collet de la gaine. Vers le milieu de chacune des lèvres résultant de la division des enveloppes profondes, appliquez une pince hémostatique à bords larges et faites-les

écarter par un aide. Portez au fond de la gaine l'index gauche, pulpe en dessus, et engagez-le dans le collet, en dehors du cordon ou de l'anse herniée ; glissez ensuite sur sa face palmaire, à plat, la lame du bistouri boutonné ; dès que son extrémité a franchi le collet, faites exécuter à l'instrument un quart de révolution sur son axe, de manière à en diriger le tranchant contre la séreuse, en dehors, et par un léger mouvement de scie, incisez le collet.

« Quatrième temps : Réduction. Lavez l'anse intestinale avec de l'eau bouillie simple, salée ou boriquée, et faites-la rentrer dans l'abdomen par des actions compressives légères, en commençant par sa partie supérieure.

« Cinquième temps : Application du casseau. Rabattez les enveloppes profondes sur le cordon. Appliquez le casseau aussi haut que possible et coupez le cordon à 2-3 centimètres au-dessous. » (CADIOT.)

Les soins consécutifs sont très simples. La plaie doit être régulièrement désinfectée plusieurs fois par jour. Le casseau peut être enlevé au bout de quelques jours, mais nombre de praticiens attendent qu'il tombe naturellement quand la partie comprimée et mortifiée s'élimine.

IV. — Observations

En dehors du cas que nous avons pu noter nous-même et que nous rapporterons à la fin de cette série, un petit nombre d'observations ont été relatées, dans lesquelles le sujet était atteint de hernie inguinale droite. Parfois cet accident n'est signalé que secondairement dans une étude présentée pour un autre motif. D'autres fois, l'histoire clinique est complétée par des considérations étrangères à notre étude. Aussi, dans les pages qui vont suivre, nous ne retiendrons des observations antérieures que les passages intéressant notre sujet.

OBSERVATION I

(HENDRICKX, *Annales de Médecine Vétérinaire*, 1888)

Un cheval de 3 ans, castré à l'âge de 20 mois, présente, à gauche, une hernie inguinale du volume d'une tête d'homme.

Pour opérer cette hernie, le sujet est couché sur le côté droit. Le lendemain de l'opération, l'animal a de la fièvre et on note des symptômes de péritonite. Malgré le traitement institué, la mort se produit au bout de vingt-quatre heures.

L'autopsie permet de constater dans la région inguinale droite (côté opposé à celui qui été opéré) une tumeur molle pyriforme, irréductible, formée par la gaine vaginale de ce côté, contenant une anse d'intestin grêle.

Le sac herniaire a ses parois hypertrophiées et l'intestin qu'il contient est de couleur rouge noirâtre, épaissi, friable, profondément altéré. C'était une hernie étranglée qui avait déterminé la mort et dont on n'avait pas soupçonné l'existence. Il est probable qu'elle avait dû prendre naissance pendant l'opération de la hernie chronique, grâce à la préexistence d'une dilatation anormale de l'anneau inguinal interne et de la gaine vaginale.

OBSERVATION II

(IMMELMANN, *Berliner Thierarztliche Wochenschrift*,
1892)

Un cheval âgé de 8 ans, castré depuis longtemps, fait une chute pendant le travail au labour ; il manifesta immédiatement une telle inquiétude qu'on fut obligé de le dételer et de le ramener à l'écurie où il se coucha et se mit sur le dos.

Au bout d'un temps assez long, le malade se releva brusquement, paraissant complètement remis. Cependant, quelques heures après, les douleurs réapparurent, pour disparaître encore à la suite du décubitus dorsal. Toutes les fois que les douleurs apparaissaient, on voyait se former dans la région scrotale, à droite,

une tumeur du volume d'une tête humaine, qui disparaissait lorsque l'animal était resté couché sur le dos.

L'auteur ne fut appelé à traiter ce sujet que six semaines environ après l'accident. Il put vérifier par lui-même l'exactitude des renseignements donnés.

Le cheval ayant été abattu et couché sur le dos, fut opéré. Ensuite, à l'écurie, il fut placé de telle sorte que les pieds postérieurs reposaient sur un talus haut de deux pieds. On le maintint dans cette position pendant trente-douze heures.

Au bout d'un mois, le sujet était complètement guéri.

OBSERVATION III

(Professeur CADIOT, *Etudes de Pathologie
et de Clinique*)

Un cheval entier, atteint d'un clou-de-rue au pied postérieur gauche, fut couché sur le côté droit et opéré vers 10 heures du matin.

A 1 heure de l'après-midi, l'opéré manifestait des signes de coliques assez vives. Tandis que le cordon gauche était bien descendu, bien dégagé, et que les doigts en percevaient nettement les différentes parties, le droit était rétracté, volumineux, comme gonflé ; on n'en pouvait plus distinguer les parties principales (faisceau vasculaire et canal déférent). Au toucher, la main reconnaissait que la vaginale distendue renfermait, avec le cordon, une anse intestinale gonflée par l'étranglement.

Le cheval fut aussitôt couché sur le côté gauche, anesthésié au chloroforme et, après quelques essais de taxis, la kélotomie fut pratiquée.

Chez cet animal, l'anse intestinale herniée était située comme à l'ordinaire en avant et en dedans du cordon, et mesurait environ 25 centimètres. Elle était assez fortement congestionnée et distendue, ses parois étaient infiltrées, mais fermes, résistantes, sans éraillures.

Les suites de l'opération furent aussi satisfaisantes que possible. Le casseau fut enlevé le sixième jour, et le sujet quittait l'hôpital trois semaines plus tard.

OBSERVATION IV

(STRAUNARD, *Annales de Médecine Vétérinaire*, 1907)

Le sujet de cette observation, hongre, âgé de 7 ans, est trouvé à l'écurie, un matin, en proie à des coliques assez violentes, avec cette particularité que le membre postérieur droit est en abduction et soulevé, ne participant pas à l'appui. Le malade a dû se débattre pendant une grande partie de la nuit, car il est couvert d'ecchymoses. Sans arrêt, il fait des mouvements d'encensoir avec la tête. L'exploration rectale permet de constater la présence d'une portion d'intestin dans l'anneau inguinal droit.

Devant l'insuccès de quelques tentatives de réduction par taxis, l'auteur se décida à intervenir chirurgicalement et sans tarder.

Après incision de la gaine vaginale, la réduction de

la hernie fut obtenue facilement en combinant le refoulement direct avec le taxis intrarectal.

La guérison était complète le huitième jour.

L'auteur ne fait pas connaître l'état de l'anse intestinale herniée, mais, étant donné qu'il n'eut pas à débrider le collet de la gaine vaginale, il y a tout lieu de croire que l'organe n'avait pas subi une constriction excessive et n'était pas trop lésé.

OBSERVATION V

(LARROQUE, *Recueil de Médecine Vétérinaire*, 1907)

Le sujet est un cheval barbe entier, âgé de 5 ans, et il présente à droite une hernie chronique intermittente.

Celle-ci atteint le volume de la tête d'un enfant et on note, par moments, des mouvements vermiculaires dus aux déplacements de l'intestin. Le diagnostic fut confirmé par l'exploration rectale.

Après avoir été soumis au régime diététique pendant trois jours, l'animal fut couché sur le lit de paille et maintenu dans la position habituelle adoptée pour la castration. La hernie fut réduite très facilement par le seul taxis externe. Cette manœuvre permit de constater que l'anse intestinale herniée n'avait aucune adhérence avec la gaine vaginale, et que le détroit supérieur de l'anneau inguinal était largement ouvert, donnant passage à la main coiffée des enveloppes testiculaires.

Après désinfection des bourses, il fut procédé à la castration à testicule couvert.

Les casseaux furent enlevés le quatrième jour — prématurément, car quelques instants plus tard il se produisait une éventration. Celle-ci fut réduite peu après et, contrairement à l'attente de l'auteur, cette seconde opération fut suivie d'une guérison parfaite.

OBSERVATION VI

(GRIMAL, *Journal de Médecine Vétérinaire
et de Zootechnie*, 1920)

Un cheval cryptorchide à droite est pris de violentes coliques pendant le travail.

Localement il est facile de découvrir le testicule gauche normal et, à la place de la glande droite, une vaste tumeur œdémateuse, extrêmement sensible, s'étendant en avant jusqu'à l'ouverture du fourreau. La palpation révèle l'existence d'anses intestinales à l'intérieur de cette tuméfaction.

L'exploration rectale confirme le diagnostic de hernie inguinale étranglée.

Le taxis externe ne peut amener la réduction de la hernie. L'opération n'a pas été jugée utile en raison de l'importance de l'anse intestinale herniée.

A l'autopsie, on trouve, en dessous de l'anneau inguinal inférieur, une vaste cavité renfermant une portion d'intestin longue de 70 centimètres, fortement congestionnée, noirâtre. L'anneau inguinal supérieur est largement ouvert. Le testicule, complète-

ment atrophié, est découvert entre l'anse intestinale et la paroi du trajet inguinal.

La pathogénie d'une telle hernie, au niveau d'une vaginale atrophiée, est difficile à établir.

OBSERVATION VII

(CHAPRON, *Bulletin de la Société Vétérinaire Pratique*,
1927)

Un cheval entier, âgé de 21 ans, a eu des coliques légères à différentes reprises. Un matin, vers 9 heures, il est pris à nouveau pendant le travail.

Vers midi, la conjonctive est à peine foncée et le pouls seulement un peu rapide. A l'auscultation on ne trouve que de très rares bruits alimentaires.

La palpation de la région testiculaire est faite consciencieusement du côté gauche et rapidement du côté droit. De même, par voie rectale, l'anneau inguinal gauche est seul exploré.

Cet examen incomplet entraîne le diagnostic d'obstruction intestinale, probablement par torsion.

L'animal meurt le lendemain. A l'autopsie on a trouvé une hernie inguinale droite. Une portion de l'intestin grêle (partie postérieure) était engagée jusqu'au fond du sac vaginal et présentait les caractères classiques de l'étranglement.

OBSERVATION VIII

(LAUGIER, *Recueil de Médecine Vétérinaire*, 1929)

Un cheval entier, de race percheronne, est débarqué du train à 7 heures. A 10 heures il est atteint de

légères coliques. L'auteur découvre une hernie inguinale droite et assure son diagnostic par l'exploration rectale. Il trouve l'intestin engagé dans la gaine vaginale et constate que les anneaux inguinaux sont très larges.

Une heure après, au moment de coucher l'animal pour l'opérer, on aperçoit que l'intestin a réintégré l'abdomen. Une nouvelle exploration rectale confirme le fait.

Pendant toute la journée, l'animal semblait revenu à l'état normal.

Vers 7 heures du soir, il est repris de coliques et on constate que l'intestin est à nouveau engagé dans la vaginale.

Après avoir vainement tenté la réduction par la voie abdominale, l'auteur opère le sujet, mais laisse le testicule gauche.

Les suites furent normales et le casseau fut enlevé au bout de sept jours.

Le lendemain, une hernie se produisait à gauche. Elle fut également opérée avec succès.

OBSERVATION IX

(АМИОТ, *Recueil de Médecine Vétérinaire*, 1930)

Un cheval entier, âgé de 2 ans et demi, est pris de coliques après avoir parcouru un assez long trajet.

L'exploration rectale permet de diagnostiquer une hernie inguinale aiguë à droite. Le cordon droit est douloureux et tuméfié. Le sujet porte son nez vers la région inguinale droite.

L'opération est pratiquée par le procédé classique, suivi de la torsion de la gaine, puis application d'un casseau et ablation du testicule.

En voulant procéder à la castration à gauche, l'auteur découvre, de ce côté, une seconde hernie inguinale étranglée. Celle-ci fut opérée avec plus de difficulté que la première, du fait que l'animal ne fut pas changé de côté.

L'animal guérit sans aucune complication et vingt jours après l'opération, il était en état de travailler.

D'après l'auteur, il est possible que la hernie inguinale aiguë bilatérale soit le résultat des gambades et des sauts auxquels s'est livré le cheval en cours de route.

OBSERVATION X (personnelle)

Le sujet que nous avons pu suivre est un cheval entier âgé de 14 ans. Son propriétaire nous annonce que l'animal n'a jamais été malade antérieurement ; un bon état d'embonpoint paraît confirmer cette affirmation. Par contre, les membres sont le siège de tares variées : formes, suros, ostéo-arthrites diverses, souvenirs évidents de bons services sur la route.

Ce cheval était atteint de coliques ; celles-ci avaient commencé, au travail, vers 11 heures du matin ; et nous avons été appelé à 18 heures.

Nous trouvons alors un malade modérément agité, parfois calme, ou cherchant à se coucher avec précaution. Au moment des crises, il regarde alternati-

vement ses flancs à droite et à gauche. En notre présence il rejette une assez grande quantité d'urine normale et, un peu plus tard, quelques crottins à peine moulés.

L'examen complet des grandes fonctions nous donne les renseignements suivants. La muqueuse buccale et la conjonctive sont normales. Le poulx est bien frappé, à peine accéléré. De même, il n'y a aucune dyspnée apparente et les naseaux sont seulement un peu dilatés. L'auscultation révèle dans le flanc gauche, au niveau de l'intestin grêle, des bruits alimentaires assez nombreux. Il n'y a pas de ballonnement. L'interrogation des zones de réflectivité nous montre la raideur des reins et une certaine exagération du réflexe solaire antérieur gauche. La palpation de la région scrotale n'indique aucune modification.

Quoique nous n'ayons pas fait l'exploration rectale, l'ensemble des symptômes que nous venons de décrire permet d'affirmer que le cheval, à ce moment, n'était pas atteint de hernie. Pensant à une indigestion gastro-intestinale banale, nous avons fait une injection hypodermique de morphine et pilocarpine et ordonné une friction sinapisée autour de l'abdomen.

Nous avons revu notre malade le lendemain vers 10 heures. Avec une certaine surprise, nous voyons que l'état du sujet s'est aggravé. On nous apprend qu'à la suite de notre traitement l'animal est resté calme pendant la plus grande partie de la nuit, mais que les coliques ont repris vers 4 heures du matin. Le cheval est nettement plus agité que la veille et il

s'est roulé à différentes reprises. De même, aucune défécation ne s'est produite.

A l'examen, nous trouvons la muqueuse oculaire surcolorée, le pouls rapide, petit, avec quelques intermittences. Les naseaux sont dilatés à l'extrême et le flanc accéléré. A l'auscultation, aucun bruit alimentaire ne peut être perçu. De même la réflectivité est abolie. Il n'y a pas de ballonnement et l'animal expulse quelques gaz en notre présence. Les testicules sont remontés, mais la palpation des deux cordons ne révèle aucune modification appréciable. Sans idée préconçue, nous pratiquons l'exploration rectale. Nous ne trouvons rien au niveau de l'anneau inguinal gauche qui nous paraît de dimensions normales. Par contre, mais avec une certaine difficulté, nous découvrons une anse intestinale engagée dans l'anneau inguinal droit. Nous n'arrivons d'ailleurs pas à la suivre dans toute sa longueur et nous perdons sa trace sous la courbure pelvienne du gros intestin. Nous essayons quelques tractions, mais sans succès.

Détail à noter : l'animal regarde avec insistance son flanc gauche.

Notre diagnostic étant assuré, nous annonçons que le seul traitement à envisager est l'opération immédiate. Le propriétaire refuse en faisant valoir la faible valeur d'un cheval âgé, ruiné dans ses membres — et en escomptant peut-être une erreur de diagnostic de notre part.

Le lendemain matin, de très bonne heure, on nous demande à nouveau. Visiblement, l'animal est arrivé à la période préagonique : pouls imperceptible, sueurs froides, mouvements désordonnés montrant l'aboli-

tion de l'instinct de la conservation. Malgré cela, le propriétaire nous demande de mettre un terme aux souffrances de sa bête. A cette fin, nous avons pratiqué une injection intra-veineuse d'une solution saturée de strychnine.

Nous avons pu faire l'autopsie quelques heures plus tard. En dehors des ecchymoses sous-cutanées et de nombreuses arborisations sanguines traduisant l'infection et l'intoxication du sujet, nous n'avons trouvé d'anormal que la hernie inguinale droite. Elle porte sur l'intestin grêle, et l'anse herniée appartient à la moitié postérieure de cet organe. Il est manifeste qu'il y a eu étranglement. Après libération du tube digestif par incision du trajet inguinal dans toute sa longueur, on trouve une anse de couleur rouge très foncé, presque noirâtre. L'intestin grêle n'a guère dépassé l'anneau inguinal inférieur et la zone engagée hors de l'abdomen ne dépasse pas vingt centimètres. Il nous semble que le mésentère, dans le sens de la hauteur, est plus long qu'à l'état normal.

V. — Particularités de la hernie inguinale droite

Des constatations qui précèdent, il est possible de tirer quelques données relatives à la pathogénie et aux symptômes de la hernie inguinale droite.

La fréquence de la hernie gauche et la rareté de celle du côté opposé s'expliquent facilement par le fait que l'intestin grêle — le seul qui, en pratique, peut s'engager dans le trajet inguinal — voisine normalement avec l'entrée de la gaine vaginale gauche. Il est ainsi éloigné de la droite de la distance qui sépare les deux anneaux inguinaux supérieurs.

D'autre part, si l'on envisage l'ensemble formé par le grêle et son mésentère, celui-ci, en cas de hernie droite, ne pourra pas s'étendre directement de son point d'insertion à l'anneau inguinal comme cela se produit à gauche. Au contraire, l'intestin et son ligament seront obligés de contourner la courbure pelvienne du gros intestin et le cœcum, soit en dessous, soit en arrière. Cette première condition ne sera réalisable que si le mésentère du grêle est plus long que normalement dans le sens de la hauteur. De fait, à l'exploration rectale d'un cheval en état de santé, on ne trouve jamais l'intestin grêle au voisinage de l'entrée de la gaine vaginale droite. Certaines gravures

schématiques de nos traités d'anatomie ou de sémio-logie indiquent parfois, sur des coupes, un peu à droite, quelques anses du petit intestin. Celles-ci sont antérieures au plan transversal passant en avant du pubis.

La longueur anormale du mésentère n'est pas suffisante, à elle seule, pour que la hernie droite se réalise. En effet, à l'état normal, le gros côlon et le cœcum reposent sur la paroi ventrale, et leur poids interdit au grêle de se glisser en dessous. Pour que ce dernier arrive au niveau de l'anneau inguinal droit, il faut que les grands réservoirs digestifs ne soient plus en rapport direct avec la paroi abdominale inférieure. Cette séparation se produit lorsque le gros intestin est plus ou moins projeté en avant lors de sauts, de gambades (obs. IX), de chutes (obs. II), ou rapproché de la voûte dorso-lombaire quand l'animal se trouve plus ou moins sur le dos, dans un but chirurgical (obs. I et III, hernie d'abatage du Professeur CADOT), ou qu'il prend cette position au cours de coliques banales (obs. IV et X).

Lorsque ces deux conditions — longueur du mésentère et ouverture d'un passage entre le côlon et la paroi abdominale — sont réalisées, il va de soi que les causes favorisantes de la hernie gauche gardent ici toute leur valeur. L'ampleur anormale de l'anneau inguinal supérieur a été nettement perçue (obs. V et VIII). D'autre part, sur les dix sujets observés, il y avait six chevaux entiers, trois chevaux hongres et un cryptorchide. La proportion des hongres par rapport aux étalons paraît plus forte que celle notée dans le cas de hernie gauche. En réalité, le nombre des

observations est trop faible pour que l'on puisse formuler une règle générale.

Au point de vue des symptômes, deux points doivent être signalés. D'abord, dans le plus grand nombre de cas, la hernie est peu volumineuse. C'est ainsi que, si la tumeur était de dimensions appréciables dans les observations I, II, V et VI, elle était beaucoup plus réduite dans les autres cas. Cela se conçoit car, pour que l'intestin grêle s'engage largement dans la gaine vaginale, il faut une longueur considérable de son méésentère, ce qui est exceptionnel.

D'autre part, chez le sujet que nous avons suivi, alors que la hernie droite était parfaite, l'animal regardait uniquement son flanc du côté opposé et localisait sa douleur à gauche. On ne peut interpréter ce phénomène que d'une façon : même lorsque l'intestin grêle est venu dans la partie droite du corps, l'excitation douloureuse, suivant les voies nerveuses incluses dans le méésentère, aboutit avec celles-ci à un plexus situé à gauche, d'où l'erreur faite par le malade. Le sujet de l'observation IX, au contraire, regardait sa région inguinale droite. Cette divergence peut tenir au fait que la douleur était surtout localisée dans un organe de ce côté : cordon ou testicule. D'ailleurs, l'auteur note que la palpation du cordon était douloureuse.

Pour le diagnostic, il est inutile de souligner l'importance de la palpation de la région scrotale et de l'exploration rectale. Pour cette dernière, il faut remarquer que la découverte de l'anse herniée peut être assez délicate du côté droit, ainsi que nous avons pu le constater. Cela tient à ce que l'anse intestinale,

dans la partie qui n'est pas engagée dans la gaine vaginale, est comprimée par le côlon et le cœcum et, de ce fait, beaucoup moins volumineuse qu'elle n'est lors de hernie gauche.

Remarquons enfin que, la hernie droite étant généralement moins volumineuse que la hernie gauche, la réduction de la première, au cours de l'opération, est sans doute moins laborieuse que dans l'autre cas.

Conclusions

La hernie inguinale droite est beaucoup moins fréquente chez le cheval que la hernie inguinale gauche.

Cela tient à ce que certaines conditions doivent être réalisées pour que l'intestin grêle puisse arriver au niveau de l'anneau inguinal droit.

Il faut d'abord, en règle générale, que la longueur de son méésentère soit supérieure à la normale.

D'autre part, pour que l'organe puisse passer entre la paroi abdominale inférieure et les grands réservoirs gastriques (côlon, cœcum), il faut que ceux-ci soient, à un certain moment, projetés en avant ou rapprochés de la voûte dorso-lombaire. Cela se produit dans le cas de chutes, de gambades, quand un cheval atteint de coliques banales se roule, ou lorsqu'un sujet est couché sur le dos en vue d'une intervention chirurgicale quelconque.

Comme pour la hernie inguinale gauche, les chevaux entiers sont prédisposés à cet accident et la largeur anormale de l'anneau inguinal supérieur a une réelle importance.

Au point de vue clinique, il faut noter que, sauf dans le cas où la douleur a son siège dans le testicule droit, le cheval peut indiquer une algie gauche, en

regardant son flanc gauche, quoique la hernie étranglée soit située à droite.

Enfin, la découverte de la hernie droite par l'exploration rectale est plus délicate que pour l'accident du côté opposé car, l'intestin grêle, comprimé entre le côlon et la paroi abdominale, est très peu volumineux.

Vu : le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu : le Président de la Thèse,
PIERRE DUVAL.

Vu et permis d'imprimer,
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
Pour le Recteur,
l'Inspecteur d'Académie,
J. PERRON.

Bibliographie

1° TRAITES

BOULEY. — *Dictionnaire de Médecine Vétérinaire*,
t. IX, p. 200.

CADÉAC. — *Pathologie chirurgicale de l'appareil digestif*, p. 446.

CADIOT. — *Chirurgie vétérinaire*, p. 261.

CADIOT et ALMY. — *Thérapeutique chirurgicale*, t. II,
p. 253.

HURTREL d'ARBOVAL. — *Dictionnaire Vétérinaire*,
t. III, p. 80.

LAFOSSE. — *Pathologie vétérinaire*, t. III, p. 459.

ZUNDEL. — *Dictionnaire de Médecine Vétérinaire*,
t. II, p. 199.

2° ARTICLES DIVERS

AMIoT. — *Recueil de Médecine Vétérinaire*, novembre 1930.

CADIOT. — *Eléments de pathologie et de clinique*,
p. 51.

CHAPRON. — *Bulletin de la Société Vétérinaire Pratique*, juin 1927.

GRIMAL. — *Journal de Médecine Vétérinaire et de Zootechnie*, novembre 1920.

HENDRICKX. — *Annales de Médecine Vétérinaire*, janvier 1888.

IMMELMANN. — *Berliner Thierarztliche Wochenschrift*,
15 janvier 1892.

LARROQUE. — *Recueil de Médecine Vétérinaire*, août 1909.

LAUGIER. — *Recueil de Médecine Vétérinaire*, juillet 1929.

STRAUNARD. — *Annales de Médecine Vétérinaire*,
juillet 1907.

TABLE DES MATIÈRES

I. — Définitions	12
II. — Historique	14
III. — Généralités sur la hernie inguinale.....	17
IV. — Observations	29
V. — Particularités de la hernie inguinale droite	41
Conclusions	45
Bibliographie	47

